



MINISTÉRIO DA DEFESA NACIONAL

EXÉRCITO

COMANDO DA LOGÍSTICA

DIRECÇÃO DOS SERVIÇOS DE FINANÇAS

REPARTIÇÃO DE ASSISTÊNCIA NA DOENÇA AOS MILITARES

Anexo B,

à Circular n.º 12/98,

de 02JUN, da DSF

BOLETIM DE INSCRIÇÃO / RENOVAÇÃO

QUADRO 1 - IDENTIFICAÇÃO DO BENEFICIÁRIO TITULAR

Nome completo _____

Posto _____ NIM _____ Data de nascimento ___/___/___

Estado civil _____ N.º Contribuinte _____

UEO colocação _____ Situação _____

Termo do contrato (quando aplicável) ___/___/___ N.º benef. _____

NIB - - - - -

Morada _____

Localidade _____ Código Postal _____ Telef. _____

QUADRO 2 - IDENTIFICAÇÃO DA PESSOA (S) PARA QUEM É REQUERIDO CARTÃO

Cônjuge Filhos menores Ascendentes Descendentes

Filhos maiores Com direito a subsídio familiar

Incapacitados / Interditos / Inabilitados

Sem direito a subsídio familiar Outros

1

Nome completo _____

Data de nascimento ___/___/___ Estado civil _____ Parentesco _____

Morada _____

Localidade _____ Código Postal _____ Telef. _____

2

Nome completo _____

Data de nascimento ___/___/___ Estado civil _____ Parentesco _____

Morada _____

Localidade _____ Código Postal _____ Telef. _____

QUADRO 3 - DOCUMENTAÇÃO ANEXA

- Certidão de nascimento.
- Certidão de nascimento narrativa completa.
- Certidão judicial que comprove pensão de alimentos.
- Declaração de vínculo à Segurança Social.
- Declaração de IRS
 - Do filho
 - Do ascendente
 - Documento emitido pela Repartição de Finanças da área de residência Comprovativa dos rendimentos (quando não tiver apresentado declaração).
- Certidão de nascimento narrativa completa com a interdição ou inabilitação averbada.
- Sentença judicial que decrete a interdição ou inabilitação.
- Declaração relativa abono complementar a crianças e jovens deficientes c/ subs. mensal vitalício.
- Fotocópia do último recibo da pensão (deve juntar todas as pensões recebidas).
- Sentença judicial que decrete tutela ou decisão administrativa emitida pela entidade competente.
- Documento comprovativo da situação escolar.
- _____

QUADRO 4 - OBSERVAÇÕES

Declaro que as pessoas acima identificadas se encontram a meu exclusivo cargo e que as informações prestadas correspondem à verdade, obrigando-me a comunicar qualquer alteração que se venha a reflectir nos direitos e regalias concedidos.

....., de de

Assinatura _____



S. R.
MINISTÉRIO DA DEFESA NACIONAL

EXÉRCITO

COMANDO DA LOGÍSTICA

DIRECÇÃO DOS SERVIÇOS DE FINANÇAS

REPARTIÇÃO DE ASSISTÊNCIA NA DOENÇA AOS MILITARES

Anexo C,

à Circular n.º 12/98,

de 02JUN, da DSF

**BENEFICIÁRIO TITULAR COM CÔNJUGE MILITAR
DECLARAÇÃO**

Nome completo _____

Posto _____ Arma/Serviço/Espec. _____ NIM _____

UEO colocação _____ Situação _____

Termo do contrato (quando aplicável) ___/___/_____ N.º benef. _____

Casado (a) com:

Nome completo _____

Posto _____ Arma/Serviço/Espec. _____ NIM _____

UEO colocação _____ Situação _____

Termo do contrato (quando aplicável) ___/___/_____ N.º benef. _____

Declara para efeitos de ADME :

- Que o meu cônjuge é militar, por isso, beneficiário titular da ADME, inabilitando-o como cônjuge;
- Comprometo-me a não requerer cartões da ADME para ascendentes equiparados (sogros e avós do cônjuge) enquanto se mantiver o actual matrimónio;
- Para os filhos ou equiparados seja atribuído cartão da ADME ao titular a que está conferido o subsídio familiar.

Mais declara que os cartões da ADME dos seus filhos devem ser atribuídos: Pai

Mãe

....., de de

1.º declarante

2.º declarante